



سرشناسه	منشی، مهدخت ۱۳۵۸
عنوان و نام پدیدآور	ژنیکولوژی عمومی B: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴ / ترجمه و تلخیص مهدخت منشی؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳: صبا بزازی، دکتر حکیمه روشنی مقدم، دکتر مائده ناظم تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات نشر	۲۰۲ص: مصور(رنگی).
مشخصات ظاهری	۵,۵۱۳,۰۰۰ ریال 978-622-404-143-2
شابک	فیپا
وضعیت فهرست نویسی	کتاب حاضر برگرفته از کتاب Berek & Novak's Gynecology 2020 / 16th edition/ اثر جاناناس برک است.
یادداشت	پزشکی زنان -- Gynecology
موضوع	پزشکی زنان -- آزمون ها و تمرین ها Gynecology -- Examinations, questions, etc. زنان -- بیماری ها -- Women -- Diseases زنان -- بیماری ها -- آزمون ها و تمرین ها Women -- Diseases -- Examinations, questions, etc. برک، جاناناس -- Berek, Jonathan S. نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۷۵ م. بیماری های زنان نواک RG101 ۱/۶۱۸ ۹۱۵۸۲۰۷ فیپا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیوبی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

ژنیکولوژی عمومی B- خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: دکتر مهدخت منشی، پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳: دکتر صبا بزازی، دکتر حکیمه روشنی مقدم، دکتر مائده ناظم ناشر: انتشارات کاردیا	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم	تیراژ: ۱۰۰ نسخه
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۱۴۳-۲
	بهاء: ۵۵۱۳۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

ژنیکولوژی عمومی B

از مجموعه
PRO LEVELS
OB/GYN 2025

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Berek & Novak's Gynecology /16th edition/

ترجمه و تلخیص

دکتر مهدخت منشی

ده درصد رتبه اول بورد تخصصی ۱۳۹۸

از دانشگاه علوم پزشکی کرمان

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳

دکتر صبا بزازی

رتبه ۵ بورد تخصصی ۱۴۰۳

دکتر حکیمه روشنی مقدم

رتبه ۹ بورد تخصصی ۱۴۰۳

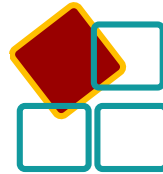
دکتر مائده ناظم

ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



فهرست مطالب



فصل ۱۳ - اندومتریوز	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳	۳۳
فصل ۱۵ - عفونت‌های تناسلی - ادراری و بیماری‌های آمیزشی	۳۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۵	۵۷
فصل ۱۶ - بیماری‌های داخل اپی تلیومی سرویکس، واژن و ولوو	۷۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۶	۹۷
فصل ۱۷ - تمایلات جنسی و اختلال عملکرد جنسی	۱۱۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۷	۱۳۳
فصل ۱۸ - یائسگی	۱۳۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۸	۱۵۱
فصل ۱۹ - بیماری‌های خوش خیم پستان	۱۵۷
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۹	۱۸۱

اندومتريوز

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه عمومی ارائه گردیده است.

تعریف: حضور بافت آندومتر (غدد و استروما) در خارج از رحم
شایع ترین نقاط ابتلا به اندومتريوز احشاء لگنی و صفاق می باشند.

اپیدمیولوژی:

- اغلب در زنان سنین باروری دیده می شود.
- میزان شیوع آن ۱۰٪ می باشد (در سنین باروری).
- اگرچه اغلب در سنین باروری گزارش شده اما در نوجوانان و زنان یائسه تحت هورمون درمانی هم دیده شده است.

عوامل خطر:

- ۱- ناباروری
- ۲- داشتن موی قرمز
- ۳- منارک زودرس
- ۴- سیکل قاعدگی کوتاه
- ۵- هیپرمنوره
- ۶- نولی پارите
- ۷- ناهنجاری مولرین
- ۸- وزن کم زمان تولد (کمتر از ۳۲۰۰ گرم)
- ۹- تماس داخل رحمی با دی اتیل استیل بسترول
- ۱۰- یکی از قل های حاملگی چندقلویی
- ۱۱- اندومتريوز در اقوام درجه اول
- ۱۲- قد بلند
- ۱۳- رژیم غذایی غنی از چربی و گوشت قرمز
- ۱۴- تماس با دی اکسین یا بی فنیل کلرینه



۱۵- جراحی‌های قبلی یا درمان طبی برای اندومتریوز

عوامل محافظت کننده:

- مولتی پارите
- شیردهی
- تماس با دخانیات در دوران جنینی
- بالا بودن BMI
- افزایش نسبت کمر به باسن
- ورزش
- رژیم غذایی سرشار از میوه و سبزی

نکته: استفاده قبلی از روش‌های جلوگیری از بارداری یا وسایل داخل رحمی و استعمال دخانیات باعث افزایش خطر اندومتریوز نمی‌شوند.

ارتباط اندومتریوز با سرطان:

- خطر سرطان تخمدان (نوع سلول شفاف و اندومتریوئید) کمی (در حد ۱,۳ تا ۱,۹) افزایش می‌یابد.
- در بعضی مطالعات ↑ خطر ملانوم و هوچکین گزارش شده که نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است.

اتیولوژی: سه نظریه جهت پاتوژنز اندومتریوز مطرح شده:

۱) کاشته شدن نابه‌جای بافت آندومتر: این نظریه پس زدن خون قاعدگی از لوله‌های رحمی طی خونریزی قاعدگی را علت اندومتریوز می‌داند. یافته‌های زیر از این نظریه حمایت می‌کنند:

- وجود سلول‌های آندومتر در مایع دیالیز زنانی که طی قاعدگی دیالیز می‌شوند.
- اندومتریوز بیشتر در قسمت‌های dependent لگن دیده می‌شود (تخمدان‌ها - کلدوساک‌ها - رباط‌های یوتروساکرال - خلف رحم و رباط‌های پهن).
- زنانی که فواصل قاعدگی آن‌ها کوتاه‌تر است و مدت خونریزی بیشتر است با احتمال بیشتری دچار قاعدگی رتروگرید می‌شوند و در معرض بیشتر اندومتریوز هستند.

۲) متاپلازی سلومیک: تغییر شکل اپی تلیوم سلومی به بافت آندومتر به عنوان مکانیسمی جهت پیدایش اندومتریوز مطرح شده است.

۳) فرضیه القاء: طبق این نظریه نوعی عامل بیوشیمیایی اندوژن (که ناشناخته است) باعث القاء سلول‌های تمایز نیافته صفاقی و تبدیل آن‌ها به آندومتر می‌شود.

• عوامل ژنتیک:

- اندومتریوز در اثر ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی ایجاد می‌شود. این عوامل ژنتیکی به واریانت‌های ژنتیکی ژرم لاین (رده زایا) و سوماتیک تقسیم‌بندی می‌شوند.
- واریانت‌های رده زایا: باعث استعداد ژنتیکی ابتلا به اندومتریوز می‌شوند اما فقط عامل ۵۰ درصد موارد بیماری است.

عفونت‌های تناسلی – ادراری و بیماری‌های آمیزشی

واژن طبیعی:

ترشحات طبیعی واژن شامل موارد زیر هستند:

- ترشحات ولوو که حاصل غدد سباسه، عرق، بارتولن و اسکن و ترانسودای ترشح شده از دیواره واژن و مایعات مترشحه از اندومتر و لوله‌های رحمی هستند.

در میانه سیکل قاعدگی به علت افزایش موکوس سرویکس میزان ترشحات افزایش می‌یابد.

- بافت ریزش یابنده واژن متشکل از سلول‌های اپی تلیال واژن است:

• سلول‌های سطحی: که سلول غالب در دوران باروری هستند (سلول غالب در موارد تحریک استروژن).

• سلول‌های حد واسط: سلول غالب در مرحله لوتئال هستند (به علت تحریک پروژسترون).

• سلول پارابازال: در صورت فقدان تحریک هورمونی سلول غالب هستند پس در زنان یائسه دیده می‌شوند.

- فلور نرمال واژن عمدتاً هوازی هستند، ۶ گونه باکتری در ایجاد آن نقش دارند که شایع‌ترین آن‌ها لاکتوباسیل می‌باشد.

عوامل مؤثر بر تعیین میکروبیولوژی واژن:

۱- pH واژن

۲- دسترسی به گلوکز برای متابولیسم باکتری

- pH طبیعی واژن کمتر از ۴/۵ است.

ترشحات طبیعی واژن:

- دارای قوام کرکی و سفید رنگ هستند.

- در فورنیکس خلفی تجمع می‌یابند.

- ترشحات واژن را با تهیه نمونه wet mount (مرطوب) می‌توان بررسی کرد؛ به این منظور باید نمونه ترشحات واژن را در ۰/۵ میلی لیتر

نرمال سالین در یک لوله شیشه‌ای به حالت سوسپانسیون درآورد و به لام منتقل کرد و زیر میکروسکوپ بررسی کرد.

- در بررسی میکروسکوپی ترشحات نرمال واژن موارد زیر دیده می‌شود:

- تعداد زیادی سلول اپی تلیال سطحی

- تعداد اندک WBC (کمتر از یک عدد به ازای هر سلول اپی تلیال)

- تعداد ناچیز یا فقدان clue cell



سلول clue: از جنس سلول‌های سطحی اپی‌تلیوم واژن هستند که باکتری‌ها (معمولاً گاردنلا) به آن می‌چسبند. جهت بررسی ترشحات از نظر عفونت قارچی می‌توان هیدروکسید پتاسیم ۱۰٪ (KOH) را به لام اضافه کرد.

عفونت‌های واژن:

واژینوز باکتریال:

- نوعی سندرم بالینی چند میکروبی است که با تغییر دادن فلور طبیعی واژن باعث از بین رفتن لاکتوباسیل‌ها و غلبه باکتری‌های بی‌هوازی می‌شود.
- در حالت نرمالی بی‌هوازی‌ها ۱٪ فلور واژن را تشکیل می‌دهند اما در واژینوز باکتریال غلظت بی‌هوازی‌ها، گاردنلا و میکوپلازما هومینیس ۱۰۰-۱۰۰۰ برابر زنان طبیعی است.
- قلیایی شدن مکرر واژن (به علت نزدیکی مکرر یا استفاده از دوش واژینال) در ایجاد این عفونت نقش دارد.
- ابتلا به واژینوز باکتریال باعث موارد زیر می‌شود:

- ۱- افزایش خطر PID
- ۲- PID به دنبال سقط
- ۳- عفونت کاف به دنبال هیستریکتومی
- ۴- سیتولوژی غیرطبیعی سرویکس
- ۵- PROM
- ۶- زایمان زودرس
- ۷- کوریوآمنیونیت
- ۸- اندومترییت بعد از سزارین

درمان قبل از عمل با مترونیدازول در افراد مبتلا به BV که قرار است تحت هیستریکتومی و یا سقط با روش جراحی قرار گیرند احتمال این عوارض را کاهش می‌دهد.

تشخیص BV: جهت تشخیص باید سه مورد از نشانه‌ها یا علائم زیر دیده شود (معیارهای آمسل):

- ۱- استنشاق بوی بد ماهی از واژن (به ویژه بعد از نزدیکی) و ترشح از واژن
 - ۲- ترشحات خاکستری به صورت لایه نازک در جدار واژن
 - ۳- pH ترشحات بیش از ۴/۵ (۴/۷-۵/۷)
 - ۴- افزایش clue cell بدون وجود لکوسیت (در موارد شدید clue cell بیش از ۲۰ درصد سلول‌های اپی‌تلیال را تشکیل می‌دهد).
 - ۵- با افزودن KOH به ترشحات واژن (Whiff test) بوی آمین مانند شبیه ماهی استشمام می‌شود.
- کشت گاردنلا جهت تشخیص توصیه نمی‌شود چون اختصاصی نیست.

درمان BV:

- مترونیدازول: داروی انتخابی است.

- دوز توصیه شده ۵۰۰ mg خوراکی دو بار در روز به مدت ۷ روز است.
- * باید به بیمار هشدار داد در طی درمان با مترونیدازول و تا ۲۴ ساعت بعد الکل مصرف نکند.
- ژل مترونیدازول ۰/۷۵ درصد: یک اپلیکاتور (۵ گرم) یک بار در روز به مدت ۵ روز
- کلیندامایسین: به صورت رژیم‌های زیر در درمان BV مؤثر است:

بیماری‌های داخل اپی تلیومی سرویکس، واژن و ولو

بیماری پیش تهاجمی سرویکس نوعی از تغییرات اپی تلیوم است که دارای نمای سرطان تهاجمی است اما محدود به اپی تلیوم می‌باشد. اگر این تغییرات درمان نشوند ممکن است به سمت سرطان پیشرفت کنند.

• CIN:

- نئوپلازی داخل اپی تلیومی سرویکس (CIN) ویژگی‌های زیر را دارد:

- نابالغ بودن سلولی
- به هم خوردن سازمان سلولی
- اختلالات هسته‌ای
- افزایش فعالیت میتوزی
- بر اساس شدت درگیری CIN تقسیم‌بندی می‌شود:
- اگر ثلث تحتانی اپی تلیوم درگیر باشد ← CIN1
- اگر ثلث میانی اپی تلیوم درگیر باشد ← CIN2
- اگر ثلث فوقانی اپی تلیوم درگیر باشد ← CIN3

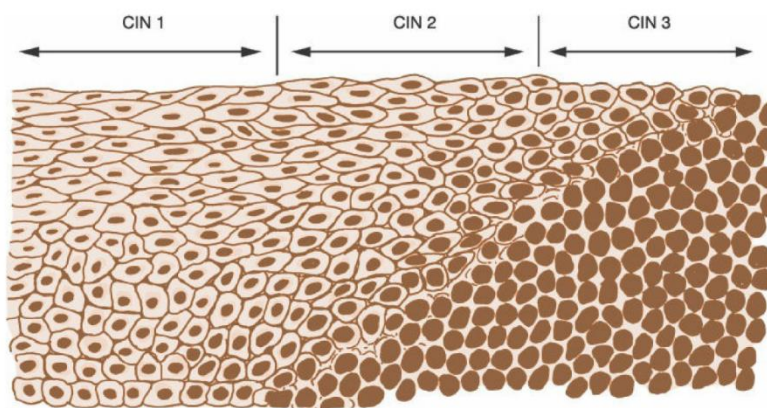


FIGURE 16-1 Diagram of cervical intraepithelial neoplasia compared with normal epithelium.

- آناتومی سرویکس:

سرویکس از اپی تلیوم استوانه‌ای که مجرای اندوسرویکس را پوشانده و اپی تلیوم سنگفرشی که اگزوسرویکس را پوشانده تشکیل شده است. محل اتصال این دو بخش را پیوستگاه سنگفرشی - استوانه‌ای (SCJ) می‌گویند.

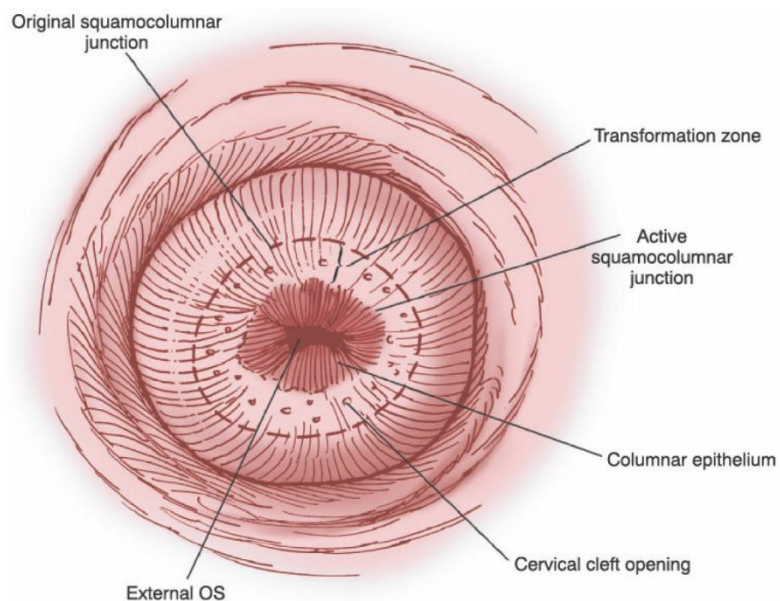


FIGURE 16-2 The cervix and the transformation zone.

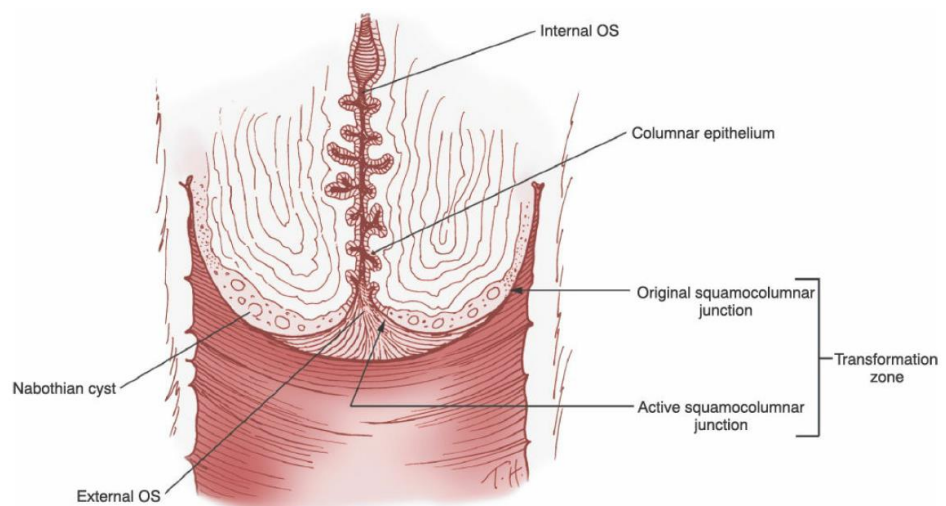


FIGURE 16-3 Diagram of the cervix and the endocervix.

SCJ: یک نقطه دینامیک است و با بلوغ، حاملگی، یائسگی و تحریکات هورمونی محل آن تغییر می کند (شکل ۴-۱۶).

تمایلات جنسی و اختلال عملکرد جنسی

آناتومی جنسی:

کلیتوریس (ایجاد قوی‌ترین احساسات جنسی)

– نقاط حساس

– نیپل، لب‌های ولو – واژن، قسمت زیادی از پوست بدن

– عامل تحریک کننده واژن: $\frac{1}{3}$ تحتانی لمس

– $\frac{2}{3}$ فوقانی فشار

– فاشیای Halban: فاشیای واقع در بخش فوقانی واژن حاوی منابع غنی عصبی

– نقطه G: – محل: ناحیه‌ای در قدام واژن بین سمفیز پوبیس و سرویکس

– به فشار عمقی حساس است و تحریک آن باعث ارگاسم و ریزش مایع از غدد اسکن یا ادرار می‌شود.

نکته: **نشت ادرار صرفاً هنگام ارگاسم نیاز به مداخلات طبی ندارد.**

چرخه پاسخ جنسی: پاسخ جنسی بازتابی از فعل و انفعال اساسی بین ذهن و بدن است و با واسطه تعامل بین عوامل روانی، بین فردی، فرهنگی، محیطی و بیولوژیک (عروقی، عضلانی، عصبی، هورمونی) صورت می‌گیرد.

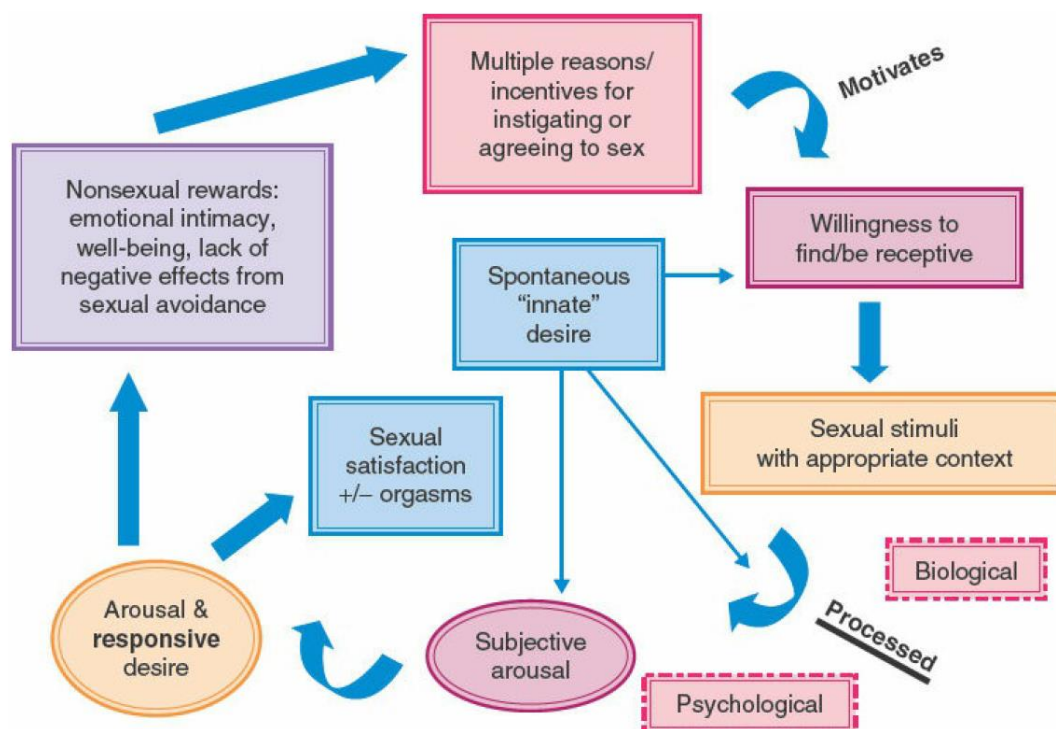


FIGURE 17-1 The blended sex response cycle showing the many reasons/incentives for initiating/accepting sexual activity.

۱- تمایل و برانگیختگی (Sexual desire):

- میل جنسی باعث ایجاد انگیزه برای شروع رابطه جنسی می‌شود و به وسیله اشارات جنسی درونی (تخیلات، خاطرات) و بیرونی (شریک جنسی، علاقه‌مند و جذاب) تحریک می‌شود.

- عواملی که باعث تسریع پاسخ جنسی می‌شوند:

(۱) نورایی نفرین (۲) دوپامین (۳) اکسی توسین (۴) سروتونین (۵) ملاتونین

عواملی، که باعث مهار پاسخ جنسی، می‌شوند:

(۱) پرولاکتین (۲) GABA (۳) ایپوئید (۴) سروتونین

درمان کاهش برانگیختگی جنسی در زنان: - تجویز دوز کم تستوسترون یا بوپروپیون

– تغییر پارتنر جنسی

میل جنسے، پیش از ہمہ تحت تأثیر سلامت روانی و احساس نسبت به شریک جنسے، در ہنگام تعامل جنسے، می باشد.

- میل جنسی بہ شدت تحت تاثیر خستگی قرار می گیرد.

- بیماری‌های مزمن میل جنسی را کاهش می‌دهند.

یائسگی

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه عمومی ارائه گردیده است.

- تعریف: توقف دائمی قاعدگی‌ها
- به طور متوسط در ۵۲ سالگی (۴۰-۵۸ سال) رخ می‌دهد.
- سن یائسگی تحت تأثیر ژنتیک قرار دارد.
- نژاد، قومیت و سن منارک تأثیری بر سن یائسگی ندارد.
- یائسگی پیش از موعد: از بین رفتن دائمی عملکرد تخمدان پیش از ۴۰ سالگی (مثلاً متعاقب اوپورکتومی دوطرفه)
- در ۵٪ زنان رخ می‌دهد.
- نارسایی زودرس تخمدان (POI): فقدان عملکرد تخمدان‌ها قبل از ۴۰ سالگی که در یک درصد زنان رخ می‌دهد و ممکن است پایدار نباشد.
- عوامل همراه با یائسگی زودرس یا POI عبارتند از:
 - ۱- مواجهه با مواد توکسیک
 - ۲- اختلالات ژنتیک
 - ۳- اختلالات اتوایمیون
 - ۴- جراحی لگن
- سیگار کشیدن، قرار گرفتن در معرض شیمی درمانی و پرتوتابی لگن، پره مونتاسیون X شکننده، کاریوتیپ‌های موزائیک ترنر، جراحی تخمدان و هیستریکتومی علی‌رغم ماندن تخمدان‌ها ممکن است باعث یائسگی زودهنگام یا POI شوند.
- هر چند یائسگی با تغییراتی در هورمون‌های هیپوتالاموس و هیپوفیز همراه است اما نارسایی اولیه تخمدان بوده و رویدادی مرکزی نیست.
- چون در یائسگی تخلیه فولیکول‌های تخمدان رخ می‌دهد. تخمدان به هورمون‌های هیپوفیزی (FSH، LH) پاسخ نمی‌دهد و ترشح استروژن و پروژسترون متوقف می‌شود. اما تولید آندروژن در تخمدان (به علت سالم ماندن بخش استرومایی) ادامه می‌یابد. اما میزان آن کمتر از سایر سنین است.
- محور تخمدان - هیپوتالاموس - هیپوفیز در طی دوره گذر از یائسگی دچار تغییر نمی‌شود بنابراین سطح FSH در پاسخ به نارسایی تخمدان و در غیاب فیدبک منفی تخمدان افزایش می‌یابد.
- *** نشانه اصلی یائسگی افزایش FSH است.



- آترزی فولیکول‌ها و سلول‌های گرانولوزا باعث کاهش استروژن و اینهیبین و افزایش FSH می‌شود.
- هورمون آنتی مولرین (AMH) توسط فولیکول‌های تخمدانی کوچک تولید می‌شود بنابراین در یائسگی با افت ذخیره تخمدانی مقدار AMH کاهش می‌یابد.
- در زنان یائسه میزان اندکی استروژن‌های در گردش یافت می‌شود که از آروماتیزاسیون محیطی آندروژن‌های تخمدان و آدرنال تولید می‌شود. بافت چربی یکی از محل‌های اصلی آروماتیزاسیون است به همین علت چاقی بسیاری از عواقب یائسگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- چاقی از عوامل خطر سرطان و از عوامل محافظت کننده در مقابل استئوپروز است.
- یائسگی به طور گذشته‌نگر به صورت ۱۲ ماه آمنوره بعد از آخرین دوره قاعدگی تعریف می‌شود.
- کارگاه مرحله‌بندی تولیدمثلی سالمندی (STRAW) تغییراتی که در مرحله گذر از زندگی باروری به یائسگی رخ می‌دهند توصیف می‌کند:
- اواخر سنین باروری، با کاهش قدرت باروری و شروع تغییرات سیکل قاعدگی مشخص می‌شود.
- اوایل دوره گذر از یائسگی با افزایش تغییرپذیری در طول سیکل قاعدگی (بیشتر یا مساوی ۷ روز) مشخص می‌شود.
- اواخر دوره گذر از یائسگی با آمنوره بیشتر یا مساوی ۶۰ روز مشخص می‌شود.
- منظور از دوران زودهنگام بعد از یائسگی ۵-۸ سال بعد از آخرین قاعدگی است و به دنبال آن مرحله دیرهنگام بعد از یائسگی فرا می‌رسد.
- افزایش میزان FSH، کاهش تعداد فولیکول‌های انترال تخمدان، کاهش میزان اینهیبین B (inhibin) و AMH در همراهی با تغییرات سیکل قاعدگی رخ می‌دهد.
- عواقب بالینی یائسگی عمدتاً ناشی از کمبود استروژن است و توقف تولید پروژسترون در تخمدان پیامد بالینی ندارد.

مشکلات سلامتی زنان بعد از یائسگی عبارتند از:

- ۱- علائم وازوموتور
- ۲- سندرم ادراری تناسلی یائسگی (GSM)
- ۳- پوکی استخوان
- ۴- بیماری‌های قلبی - عروقی
- ۵- سرطان
- ۶- کاهش عملکرد شناختی
- ۷- اختلال عملکرد جنسی

علائم وازوموتور:

- در ۷۵٪ زنان رخ می‌دهد.
- اغلب ۱-۲ سال بعد از یائسگی پابرجا می‌ماند اما در برخی تا ۱۰ سال یا بیشتر نیز تداوم می‌یابد.
- شایع‌ترین عارضه وازوموتور گرگرفتگی است که باعث اختلال خواب، آشفتگی در محیط کار، دشواری تمرکز و ناپایداری عاطفی نیز می‌شود.

بیماری‌های خوش خیم پستان

بررسی:

شرح حال:

- در بررسی مشکلات پستان باید به موارد زیر توجه شود:

- ترشح از نوک پستان
- مشخصات ترشح (خودبه‌خود یا با فشار، یک طرفه یا دوطرفه، درگیری یک مجرا، چند مجرا)
- توده پستان (اندازه، تغییر اندازه، دانسیته)
- درد پستان (دوره‌ای یا مداوم)
- ارتباط علائم با سیکل قاعدگی
- تغییر شکل، اندازه یا بافت پستان
- نتیجه بیوپسی‌های قبلی پستان
- سابقه ترومای پستان

- باید از بیمار در مورد ریسک فاکتورهای سرطان پستان سؤال شود.

- سن بالا (تقریباً ۵۰ درصد بعد از ۶۵ سالگی رخ می‌دهند).

- منارک زودهنگام (زیر ۱۲ سال)

- نولی پارите یا اولین حاملگی بالای ۳۰ سال

- یائسگی دیرهنگام (بالای ۵۵ سال)

- سابقه فردی بدخیمی پستان یا سایر بدخیمی‌ها (پروستات، تخمدان، کولون)

- سابقه خانوادگی سرطان پستان (به ویژه بروز بیماری در دوره قبل از یائسگی یا بیماری دوطرفه در بستگان درجه اول)

- تعداد بستگان درجه اول مبتلا به سرطان پستان و سن آن‌ها در هنگام تشخیص

- سابقه خانوادگی سرطان پستان در مردان

- وضعیت‌های ارثی مرتبط با خطر بالای سرطان پستان از جمله ژن‌های BRCA1، BRCA2، سندرم لی - فرامنی، سندرم تومور هامارتوم

PTEN (سندرم Cowden)، سندرم سرطان ژنتیک منتشر ارثی و سندرم پوتز جگر

- سایر بدخیمی‌ها (تخمدان، کولون، پروستات)

- وجود آتیپی یا کارسینوم درجای لبولی (LCIS) در گزارش پاتولوژی بیوپسی قبلی پستان



- مصرف الکل

- درمان هورمونی

- افزایش وزن بعد از یائسگی

- سابقه فردی تماس با اشعه برای درمان بدخیمی‌های کودکی

از دیگر مواردی که در شرح حال باید به آن توجه داشت اخذ فهرستی از داروهایی است که بیمار مصرف می‌کند (جایگزینی هورمونی، داروهای گیاهی مثل فیتواستروژن‌ها) و شرح حال حاملگی، احتمال وجود حاملگی فعلی و سابقه قبلی سقط است.

معاینه فیزیکی:

- اغلب تومورهای پستان بدون علامت هستند و توسط بیمار یا از طریق معاینه یا ماموگرافی تشخیص داده می‌شوند.

• مشاهده:

- در ابتدا در حالی که بیمار راحت نشسته و دست‌هایش در کنارش آویزان است مشاهده انجام می‌شود و پستان‌ها از نظر تقارن، شکل و ظاهر پوست مقایسه می‌شوند.

- بالا بردن بازوها بالای سر یا فشار دادن دست‌ها روی هیپ باعث انقباض عضلات پکتورالیس شده و باعث تشخیص تومورهایی می‌شود که منجر به تغییر شکل لیگامان کوپر و فرورفتگی پوست شده‌اند.

• لمس:

- در حالی که بیمار نشسته است هر یک از پستان‌ها باید با روش صحیح لمس شوند.

- می‌توان لمس را در نوارهای طولی یا به صورت حلقه‌های متحدالمرکز انجام داد. نوع تکنیک لمس به اندازه کامل بودن لمس اهمیت ندارد.

- پستان‌های بزرگ و آویزان را می‌توان بین دو دست معاینه کرد.

- لمس باید از کلاویکل تا لبه دنده و از استرنوم تا عضله لاتیسیموس دورسی در خارج انجام شود. ناحیه زیر بغل و استپاله زیر بغلی باید معاینه شوند.

- بعد در حالی که بیمار خوابیده و یک بازوی خود را زیر سر قرار داده مجدد تمام قسمت‌های گفته شده معاینه می‌شود.

پستان نرمال قبل از یائسگی:

- ندولاریته منتشر (در ربع فوقانی - خارجی بیشتر)

- ندول‌ها حدود نامشخص دارند و کوچک و هم اندازه هستند.

- توده‌های بدخیم: غیرحساس، سفت و حدود نامنظم دارند.

← اغلب یک طرفه هستند.

معاینه پستان توسط خود بیمار (BSE):

- ممکن است به تعدادی از زنان کمک کند اما دیگر برای بیمارانی که در معرض خطر متوسط هستند توصیه نمی‌شود.